

К. Г. ДАНИЕЛЯН, Э. А. САРКИСЯН, А. М. ХАЧАТУРЯН

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ПСИХОТИЧЕСКИХ И НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ФОРМ АЛКОГОЛЬНОГО ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Обсуждаются вопросы ранней диагностики психотических и непсихотических форм алкогольного психоорганического синдрома. Выделены дифференциально-диагностические критерии указанной патологии, что имеет большое значение при выборе адекватной терапевтической тактики.

Диагностика типичных случаев непсихотических форм алкогольного психоорганического синдрома не представляет трудностей. Наличие отчетливо выраженных расстройств памяти, снижение интеллекта, расстройства аффективной сферы, нарастающие признаки алкогольной психопатизации и деградации личности, а нередко и наличие признаков порциальной деменции у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом и алкогольной энцефалопатией, делают этот диагноз достоверным. Гораздо сложнее решить вопрос диагностики психотических форм алкогольного психоорганического синдрома и особенно тех случаев, когда психотические состояния возникают задолго до появления отчетливо выраженных нервно-психических проявлений алкогольного психоорганического синдрома. В подобных случаях заболевания нередко протекают с эдотормной картиной, обнаруживая большое сходство с осложненными алкоголизмом эндогенными психозами с периодическим (шизофрения) или фазным (циклофрения) течением. Каковы дифференциально-диагностические особенности этих психозов и чем они отличаются от внешне сходных состояний иной (шизофренической, циклофренической) этиологии, не осложненных алкоголизмом? Каковы закономерности течения непсихотических и психотических форм алкогольного психоорганического синдрома? Эти вопросы изучены недостаточно. Чаще всего обсуждалось, связан ли алкогольный психоорганический синдром лишь только с хронической алкогольной интоксикацией [1, 2], или же в его генезе участвуют и другие патогенные (травма, нейрореинфекция) факторы [3—4].

Алкогольный психоорганический синдром, по данным многих клиницистов, является диффузным токсико-дистрофическим процессом, в который вовлечены и кора и подкорковые ствольные структуры [2]. В структуру непсихотических и психотических форм алкогольного психоорганического синдрома включаются все формы алкогольной деградации личности [1, 5]: патологическое развитие личности алкогольной этиологии, алкогольно-невротическая, алкогольно-психопатическая, алкогольно-органическая, алкогольно-паралитическая деградации личности [6], стабильные и прогрессивные формы алкогольно-энцефалопатического психоорганического дефекта личности [7], т. е. в структуру алкогольного психоорганического синдрома включен весьма широкий круг невропсихических расстройств, начиная от психопатизации и снижения личности [8] и кончая деменцией [1, 9].

Как видно из приведенных данных, вышесказанные вопросы не нашли полного освещения и нуждаются в детальном изучении.

С целью изучения дифференциально-диагностических особенностей психотических и непсихотических форм алкогольного психоорганического синдрома нами изучено 150 больных, из коих у 50 болезнь протекала в форме психотических проявлений алкогольного психоорганического синдрома, у 50—непсихотических проявлений этого синдрома, у 25—в форме периодической шизофрении, осложненной алкоголизмом, и у 25—в форме циклофрении, также осложненной алкоголизмом. Преобладающее большинство больных, страдающих периодической шизофренией (23 и 25) или циклофренией (21 из 25), в период возникновения первого психотического приступа находились в 29—35-летнем возрасте. Возраст больных, страдающих психотическими и непсихотическими формами алкогольного психоорганического синдрома, к моменту исследования составлял: 20—29 лет—1, 30—39 лет—17, 40—49 лет—32, 50—59 лет—35, 60—69 лет—12, свыше 70 лет—3 человека. Из больных, перенесших типичные или атипичные психотические состояния алкогольной этиологии, у 29 болезнь протекала в форме белой горячки, у 6—в форме алкогольного галлюциноза, у 10—в форме алкогольного параноида, у 4—в форме Корсаковского психоза и у 1—в форме алкогольного псевдопаралича. У 1/3 больных, страдающих циклофренией, и у 2/3 больных, страдающих периодической шизофренией, болезнь отличалась наследственной отягощенностью психическими заболеваниями. Наследственная отягощенность психическими заболеваниями отмечалась и у 45% больных, страдающих психотической формой алкогольного психоорганического синдрома, и у 50% больных, страдающих непсихотической формой этого же синдрома. Преморбидные и возрастные особенности личности при психотической и непсихотической формах алкогольного психоорганического синдрома не имели резко выраженных различий.

При непсихотических формах алкогольного психоорганического синдрома психические нарушения протекали в форме алкогольной психопатизации или деградации личности. У подавляющего большинства больных постепенно снижалась память, суживался круг интересов, снижался интеллект, но при этом аффективные нарушения ограничивались уровнем невротического регистра. Невротические нарушения (зрочковые, полиневротические явления пирамидной недостаточности и т. д.) появлялись на поздних этапах развития болезненного процесса и, несмотря на большую (20—30 лет) длительность злоупотребления алкоголем, отчетливо выраженных признаков алкогольной деменции (простой, незавершенный, психопатоподобный варианты алкогольного психоорганического синдрома) не отмечалось. Эта форма болезни либо становится стационарной, стабильной (стационарный тип течения), либо через 5—10 лет, по мере нарастания алкоголизации, трансформируется в другую форму: алкогольно-органический (дисмнестический, дефектный или апатико-абулический) вариант алкогольного психоорганического синдрома (прогредиентный тип течения). В клинической картине апатико-абулического варианта алкогольного психоорганического синдрома в основном преобладали признаки выраженного снижения интеллектуально-мнестической сферы. Для этих больных ха-

рактены явления персеверативности мышления, замедление темпа психических процессов (брадифрения), оскудение и обеднение словарного запаса (олигофазия), больные постепенно становятся тугоподвижными, аффективно тупыми, вялыми, бездеятельными, безынициативными, безучастными. Нередко вышеуказанная форма алкогольного психоорганического синдрома протекала с менее выраженными аффективными или апатическими нарушениями, и в клинической картине преобладали грубые мнестические нарушения, которые сопровождалась афато-апраксо-агностическими нарушениями и судорожными явлениями. Клиническая картина, хотя и приближалась при этом к тотальному слабоумию, носила транзиторный обратимый характер. Эти нарушения часто появлялись в пожилом возрасте, нередко после инсульта или остро нарушения мозгового кровообращения алкогольной этиологии, при наличии гипертонии или инициальных проявлений церебрального атеросклероза (сенилизация, альцгеймеризация клинической картины, вариант постапоплектической транзиторной сосудисто-алкогольной деменции).

Структура и закономерности течения психотических и непсихотических форм алкогольного психоорганического синдрома различаются. Эта форма алкогольной патологии обычно возникает спустя 15—30 лет от начала возникновения похмельного синдрома и через 5—15 лет после ряда приступов алкогольных психозов, перенесенных больными. Поэтому можно выделить предпсихотические, психотические (экзоформные и эндоформные) и постпсихотические (алкогольно-органические апродуктивные и дементные) периоды течения психотической формы алкогольного психоорганического синдрома.

В предпсихотическом периоде задолго до возникновения психотических приступов видоизменяется клиническая картина похмельного синдрома: в состоянии абстиненции у больных начинаются судорожные припадки, частые состояния дисформы. Личность больных изменяется по астено-эксплозивному типу. Психотические приступы возникают на фоне похмельных явлений и протекают в форме типичных алкогольных психозов: белой горячки, алкогольного галлюциноза, алкогольного параноида (экзоформный период). Клиническая картина алкогольных психозов в ряде случаев при повторных психотических состояниях трансформируется в атипичные формы вышеуказанных психозов (эндоформный период). Атипичные картины могут наблюдаться и в первом психотическом состоянии.

При атипичном течении болезни клиническая картина белой горячки начинается судорожными припадками, явлениями вербального галлюциноза, острого чувственного бреда, гипнагогического или ориентированного онейроида. На высоте делириозного состояния атипичность клинической картины обусловлена возникновением: отдельных проявлений синдрома психического автоматизма; бреда воздействия; эпизодов онейроидного помрачения сознания или сменой делирия онейроидным состоянием; преобладанием вербального галлюциноза. После прояснения сознания в течение первых (1—2) дней у больных на фоне выраженной астении отмечаются отдельные психосенсорные, конфабулятор-

ные, метаформоптические, дереализационные или деперсонализационные явления.

Атипичность алкогольного галлюциноза является результатом присоединения к вербальным галлюцинациям бредовых идей воздействия, делириозных или онейроидных эпизодов в вечерние часы, отдельных проявлений синдрома психического автоматизма, аффективных нарушений (страх, тревога, подавленное или приподнятое настроение).

Атипичность алкогольного параноида связана с присоединением к бредовым идеям отдельных проявлений синдрома психического автоматизма, истинных обманов чувств (чаще зрительные галлюцинации нестойкого характера, делириантные явления), психосенсорных, дереализационных расстройств.

Нередко алкогольные психозы протекают в форме Корсаковского психоза или псевдопаралитических картин. При психотической форме алкогольного психоорганического синдрома неврологические нарушения носят более грубый характер (зрочковые, вестибулярные, атактические, полиневротические явления, парезы, параличи, псевдотабетические нарушения, явления пирамидной недостаточности и т. д.).

В постпсихотическом периоде при психотической форме алкогольного психоорганического синдрома постепенно появляются и нарастают грубые интеллектуально-мнестические, аффективные нарушения. Последние сочетаются с вышеуказанными грубыми неврологическими расстройствами, а иногда и явлениями афазии, апраксии, агнозии. При этом психотические формы алкогольного психоорганического синдрома по структуре и динамике неоднородны. Они протекают либо с преобладанием амнестических (амнестический вариант), либо интеллектуально-мнестических (дементный вариант), либо аффективно-тимопатических (тимопатический вариант), либо интеллектуально-мнестических и грубоорганических, в том числе афато-апраксо-агностических (альцгеймеров и сенилоподобный вариант) расстройств.

Кафедра психиатрии
Ереванского ГИУВа

Поступила 18/XII 1986 г.

Կ. Գ. ԴԱՆԵԼՅԱՆ, Զ. Ա. ՍԱՐԳԻՍՅԱՆ, Ա. Մ. ԽԱԶԱՏՐՅԱՆ

ԱԿՈՇՈՒՄԻՆ ՊՍԻԽՈՍԻՆԴՐՈՄԻ ՊՍԻԽՈՏԻԿ ԵՎ ՈՉՊՍԻԽՈՏԻԿ ՋԵՎԵՐԻ
ՏԱՐԲԵՐԱԿԻԶ-ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ներկայացված են պսիխոտիկ և ոչ պսիխոտիկ երևույթներով ուղեկըցվող ալկոհոլային պսիխոսինդրոմով տառապող հիվանդների երկարամյա դիտումների արդյունքները: Յույց է տրված, որ այդ սինդրոմը պսիխոտիկ երևույթներով շարունակվելու դեպքում բնորոշվում է հիշողության, ինտելեկտի և զգայական ֆունկցիաների ոչ խոր և կուպիտ խանգարումների ձևով: Այդ սինդրոմի պսիխոտիկ ձևերի ժամանակ հոգեկան խանգարումները հաճախակի ընթանում են ալկոհոլային ատիպիկ պսիխոզների ձևով և վերոհիշյալ սինդրոմը բնորոշվում է արտահայտված թուլամտության և ներվային համակարգի օրգանական բնույթի կուպիտ խանգարումների երևույթներով:

ON THE DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC PECULIARITIES OF
PSYCHOTIC AND NONPSYCHOTIC FORMS OF ALCOHOLIC
PSYCHOORGANIC SYNDROME

The problems of the early diagnosis of alcoholic psychoses and nonpsychotic manifestations of chronic alcoholism are discussed. A number of differential diagnostic criteria are worked out, which allow to determine the adequate therapeutic tactics.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. Л., 1973.
2. Пятницкая И. Н., Карлов В. А., Элкониц Б. Л. Терапевтические и неврологические проявления алкоголизма. М., 1977, с. 82.
3. Голодец Р. Г., Авербах Я. К., Максимова Э. Л. В сб.: Патогенез, клиника и лечение алкоголизма. М., 1976, с. 92.
4. Голодец А. Г., Авербах Я. К., Сухотина Н. К. В сб.: IV Всероссийский съезд невропатологов и психиатров, 2. М., 1980, с. 67.
5. Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов (перевод с немецкого), т. 2. М., 1912.
6. Анучин В. В., Дудко Т. Н. В сб.: Патогенез, клиника и лечение алкоголизма. М., 1976, с. 72.
7. Борисов В. П. В сб.: Проблемы алкоголизма, в. 2, М., 1971, с. 105.
8. Штерева Л. В., Неженцев В. М. Клиника и лечение алкоголизма. Л., 1976.
9. Банищиков В. М., Короленко У. П. Алкогольные психозы. М., 1968.

УДК 616.155.392—0 36.11+616.155.392.8—036.12

Э. А. ГУЛЯН, А. В. АРУТЮНЯН, Э. Н. ОСИПОВА, Л. Ф. БИЛЯН

АКТИВНОСТЬ АМФ-ДЕЗАМИНАЗЫ ЛЕЙКОЦИТОВ И
ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ
И ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ

Приводятся данные об изменении активности АМФ-дезаминазы в лейкоцитах и эритроцитах при различных формах лейкозов. Показано, что активность АМФ-дезаминазы при хроническом миелолейкозе в лейкоцитах понижается, а в эритроцитах повышается. При лейкозах нарушается регуляция активности фермента как в лейкоцитах, так и в эритроцитах, что проявляется в понижении чувствительности к адениннуклеотидам и изменении ингибирующего эффекта ГТФ и фосфата.

В формировании противоопухолевого иммунитета важная роль принадлежит 5'-нуклеотидазе, аденозиндезаминазе и аденозинкиназе [15, 19], контролирующим уровень в тканях аденозина, обладающего выраженным цитостатическим действием. Имеются сведения о том, что 5'-нуклеотидазу и аденозиндезаминазу можно отнести к ферментам—маркерам лейкозных клеток, наряду с такими ферментами, как ДНК-нуклеотидилтрансфераза, кислая фосфатаза, эстераза, гексозаминидаза, пуридиннуклеозидфосфорилаза [12]. Изменения в активности этих